

برنامه کشوری پیشگیری و کنترل دیابت- اجرا در مناطق شهری
فرم مشاوره تخصصی سطح دوم یا ارجاع به سطح سوم

نام و نام خانوادگی بیمار : نام پدر: تاریخ تولد کد ملی: □□□□□□□□□□
تلفن تماس: تاریخ تشخیص بیماری:
تحت پوشش واحد سطح اول:
شماره پرونده در واحد سطح اول:
ارجاع از مرکز تخصصی:
مشاوره/ ارجاع به:
علت مشاوره/ ارجاع:
.....
نتایج آخرین آزمایشات:

تاریخ	آزمایش و نتیجه آن	تاریخ	آزمایش و نتیجه آن
۱۳.... / ... /	۱۳.... / ... /	۱۳.... / ... /	۱۳.... / ... /
۱۳.... / ... /	۱۳.... / ... /	۱۳.... / ... /	۱۳.... / ... /
۱۳.... / ... /	۱۳.... / ... /	۱۳.... / ... /	۱۳.... / ... /
۱۳.... / ... /	۱۳.... / ... /	۱۳.... / ... /	۱۳.... / ... /

وضعیت داروهای مصرفی:

مدت مصرف	نوع مصرفی	دارو

سرکار خانم دکتر/جناب آقای دکتر
لطفاً توصیه‌های تخصصی/ فوق تخصصی بیمار فوق را در این قسمت مرقوم فرمایید:

الف- ارزیابی تخصصی/ فوق تخصصی:

.....
.....

ب- نیاز به آزمایش/ اقدامات تشخیصی تکمیلی:

دارد □ ندارد □ اقدامات درخواستی:

ج- توصیه ها و اقدامات درمانی:

.....
.....
.....

نیاز به سایر مشاوره‌ها: دارد □ ندارد □ ارجاع به:
نیاز به بستری: دارد □ ندارد □ تاریخ بستری: تاریخ ترخیص:

تاریخ مراجعه بعدی ۱۳.../.../....

مهر و امضای پزشک متخصص/ فوق تخصص: